

مقایسه عزت نفس در زنان بارور و نابارور

*محمدعلی سلیمانی^۳

نسیم بهرامی^۲

الهام زارع^۱

چکیده

زمینه و هدف: یکی از اهداف زندگی زناشویی فرزند آوری است و نداشتن فرزند می‌تواند اثرات منفی بر جنبه‌های مختلف زندگی زنان داشته باشد. هدف از این مطالعه مقایسه عزت نفس در زنان بارور و نابارور بود.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی مقطعی بر روی ۲۰۰ زن بارور و نابارور (۱۰۰ نفر در هر گروه) مراجعه کننده به مرکز تحقیقات باروری و ناباروری و کلینیک زنان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۲ انجام شد. نمونه‌گیری در گروه نابارور به روش هدفمند و در گروه بارور بصورت تصادفی بود. برای جمع آوری داده‌ها از ابزار Cooper Smite استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمونهای آماری تی مستقل، مجذور کای، آنالیز واریانس یکطرفه و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد (نرم افزار آماری spss نسخه ۲۱).

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار عزت نفس در گروه بارور $24/6 \pm 81/09$ و در گروه نابارور $21 \pm 69/83$ بود ($p=0/001$). همچنین در گروه نابارور بین عزت نفس و سن، طول مدت ناباروری، سطح تحصیلات، درآمد و وضعیت مسکن ارتباط وجود داشت ($p=0/001$).

نتیجه‌گیری کلی: یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان می‌دهند که زنان نابارور عزت نفس کمتری نسبت به زنان بارور داشتند. به نظر می‌رسد که تیم درمان علاوه بر بعد جسمی، باید به ابعاد روحی و روانی این گروه از زنان نیز توجه داشته باشند.

کلید واژه‌ها: عزت نفس، باروری، ناباروری

تاریخ دریافت: ۹۳/۴/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۳/۷/۱۲

^۱ دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۲ دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۳ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران (* نویسنده مسئول) شماره تماس: +۹۸۲۸۳۳۲۳۷۲۶۷
Email: soleimany.msn@gmail.com

مقدمه

باروری در اکثر فرهنگ ها از ارزش بالایی برخوردار است تا آنجا که این مسئله یکی از جنبه های مهم زندگی زنان محسوب می شود^(۱). در مقابل باروری، جنبه مهم دیگری به نام ناباروری وجود دارد که بصورت ناتوانی در فرزندآوری بعد از یک سال فعالیت جنسی مداوم و بدون استفاده از روش های جلوگیری از حاملگی تعریف می شود^(۲). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۲ از هر چهار زوج، یک زوج نابارور هستند^(۳). در کشور ما نیز یک چهارم زوج های ایرانی، ناباروری را در طول زندگی مشترکشان تجربه می کنند^(۴).

هر چند ناباروری در مرحله اول به عنوان یک وضعیت بالینی محسوب می شود^(۵) و می تواند بر ابعاد مختلف زندگی زناشویی تأثیر گذار باشد^(۶) ولی تشخیص آن به عنوان یک موضوع بالینی- اجتماعی مهم تلقی می شود^(۷). روبرو شدن با فرایند پیچیده ناباروری اثرات روانشناختی عمیقی را برای زنان ایجاد می کند^(۸). ناباروری همچنین می تواند سبب اختلالات مهم جسمانی و عاطفی شود و روی عملکرد هیجانی زوجین اثر مخرب بگذارد^(۹). از جمله پیامدهای روانشناختی زنان در پی عدم موفقیت در فرزندآوری، می توان به آشفتگی، تنش، افسردگی، نارضایتی زناشویی و جنسی اشاره کرد^(۸-۱۰). از سوی دیگر ارتباط بین عوامل روانشناختی و ناباروری یک ارتباط دو سویه است به طوری که عوامل روانشناختی می توانند در ایجاد ناباروری دخالت داشته باشند و ناباروری نیز می تواند پیامدهای روانشناختی بسیاری را با خود به همراه داشته باشد که از جمله این مؤلفه های روانشناختی می توان به عزت نفس اشاره کرد^(۱۱).

عزت نفس از تفاوت خود ادراک شده یا خود پنداره (یک نظر عینی از خود) و خود ایده آل (آنچه شخص با ارزش می داند) نشأت می گیرد به طوریکه فاصله کم میان این دو منجر به عزت نفس بالا و فاصله زیاد بین آنها منجر به عزت نفس پایین می شود^(۱۲). عزت نفس از مهمترین عوامل تعدیل کننده فشارهای روانی اجتماعی است که بر

زمینه روابط خانوادگی، تعاملات اجتماعی، تصویر بدنی و احساس خود ارزشمندی استوار است^(۱۳). شکست در انجام وظایفی همچون تولیدمثل و باروری منجر به کاهش اطمینان به خود و در نتیجه کاهش عزت نفس می گردد^(۱۴). در اکثر جوامع که فرزند آوری جزئی از پایگاه و هویت زن است و داشتن فرزند منبعی از قدرت زن در خانواده و جامعه محسوب می شود، زنان نابارور با مشکلات خانوادگی و اجتماعی بیشتری نسبت به مردان نابارور روبرو می شوند^(۱۵،۱۶).

با توجه به نقش اساسی مولد بودن و فرزند آوری زن در خانواده ایرانی و ابعاد تاریخی، اجتماعی، فرهنگی و مذهبی آن در جامعه ما و مشکلات و عواقب جسمی، روحی، روانی و اجتماعی ناشی از ناباروری ضروری است که بدین سوال پاسخ داده شود که آیا پدیده ناباروری بر روی عزت نفس زنان ایرانی مؤثر بوده است؟ عمق این تأثیر و عوامل مرتبط با آن در جامعه ما چگونه است؟ به نظر می رسد این گروه از افراد جامعه در مسیر پر فراز و نشیب تشخیص تا درمان ناباروری علاوه بر پیامدهای جسمی از نظر روحی و روانی نیز آسیب پذیر شوند. از این رو در این مطالعه به مقایسه ی عزت نفس در زنان نابارور و بارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقات باروری و ناباروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران پرداخته شده است.

روش بررسی

مطالعه مقطعی- توصیفی حاضر از دیماه ۱۳۹۱ تا اردیبهشت ۱۳۹۲ به طول انجامید. با توجه به جدول کوهن، کفایت حجم نمونه با توان ۸۰٪، سطح معنی داری $\alpha < 0.05$ و با در نظر گرفتن میزان خطای (d) ۰/۴، حجم نمونه در هر گروه ۱۰۰ نفر برآورد شد^(۱۷). شرکت کنندگان شامل دو گروه زن بارور و زن نابارور بودند. زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله ای که حداقل یک سال از تشخیص ناباروری آنها گذشته بود و طی این مدت برای درمان به مرکز تحقیقات باروری و ناباروری دانشگاه علوم پزشکی

تمامی شرکت کنندگان توضیح داده شد. همچنین حضور داوطلبانه زنان جهت شرکت در مطالعه و انصراف آنان در هر زمان از تحقیق تضمین شد. از تمامی نمونه‌ها جهت شرکت در مطالعه رضایت نامه آگاهانه اخذ گردید. سپس پرسشنامه‌ها در اختیار مشارکت کنندگان قرار گرفت و از آنها خواسته شد تا به صورت کامل به سوالات پاسخ دهند. در صورت وجود هرگونه ابهامی پژوهشگر به سوالات مشارکت کنندگان پاسخ داده و ابهام آنان را مرتفع می‌ساخت.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های توصیفی و تحلیلی مانند تی مستقل، مجذور کای، آنالیز واریانس یک‌طرفه و ضریب همبستگی پیرسون در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. سطح معنی داری آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

جدول شماره یک توزیع متغیرهای زمینه‌ای را در دو گروه بارور و نابارور نشان می‌دهد. دو گروه از لحاظ متغیرهای دموگرافیک ذکر شده به جز وضعیت درآمد ماهانه با یکدیگر همسان بودند. نتایج آزمون آماری تی مستقل نشان داد میانگین و انحراف معیار عزت نفس زنان بارور ($24/60 \pm 81/09$) در مقایسه با زنان نابارور ($21 \pm 69/83$) بیشتر بوده است ($p=0/001$). میانگین و انحراف معیار طول مدت ناباروری $3/04 \pm 5/4$ ماه بود. نتایج آزمون آماری پیرسون نشان داد بین طول مدت ناباروری و عزت نفس زنان نابارور نیز همبستگی معکوس وجود داشت ($r=-0/52$, $P=0/001$). بر اساس همین آزمون بین عزت نفس و سن زنان بارور ($r=-0/34$, $p=0/001$) و نابارور ($r=-0/48$, $p=0/001$) نیز همبستگی معکوس وجود داشت.

شهید بهشتی تهران مراجعه کرده بودند به روش هدفمند در مطالعه شرکت داده شدند. گروه بارور نیز شامل زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله مراجعه کننده به کلینیک زنان بیمارستان طالقانی (به منظور تشخیص و درمان بیماری‌های زنان) بودند که به صورت تصادفی وارد مطالعه شدند. به مشارکت کنندگان فرصت کافی برای تکمیل پرسشنامه داده شد. بلافاصله و در همان روز پرسشنامه‌ها پس از تکمیل شدن از زنان شرکت کننده در تحقیق جمع آوری شد.

ابزار مورد استفاده جهت جمع آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش مشخصات دموگرافیک (سن، طول مدت ناباروری، شغل، تحصیلات، میزان درآمد، وضعیت مسکن و وضعیت اختلافات خانوادگی) و ابزار عزت نفس Cooper Smite بود. این پرسشنامه شامل ۳۵ بیانیه بود که آزمودنی‌ها باید احساس واقعی خودشان را درباره هر یک از جملات در یکی از چهار گزینه کاملاً موافقم (۴)، موافقم (۳)، مخالفم (۲) و کاملاً مخالفم (۱) مشخص می‌کردند. مجموع امتیازات عزت نفس زنان بین ۳۵ تا ۱۴۰ بود که امتیاز بیشتر به معنی عزت نفس بیشتر و امتیاز کمتر نشان‌دهنده عزت نفس کمتر بود^(۱۸). اعتبار ابزار عزت نفس Cooper Smite در ایران نیز در چندین مطالعه مورد بررسی قرار گرفته است^(۱۹، ۲۰). با توجه به اینکه اعتبار ابزار فوق الذکر در چندین مطالعه در ایرانی بررسی شده است بنابراین استفاده از این ابزار برای بررسی عزت نفس جامعه پژوهش حاضر معتبر در نظر گرفته شد. اعتماد علمی این پرسشنامه با استفاده از روش آزمون باز آزمون مورد بررسی قرار گرفت که ضریب همبستگی آن ۰/۸۲ بود.

مطالعه حاضر در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مطرح و انجام آن مورد تأیید قرار گرفت. علاوه بر این اهداف پژوهش و کاربرد آن برای

جدول شماره ۱: توزیع متغیرهای زمینه‌ای در دو گروه زنان بارور و نابارور

متغیر زمینه‌ای	گروه بارور	گروه نابارور	سطح معنی داری
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
سن (سال)	۳۱/۱۵ \pm ۵/۷	۳۲/۰۹ \pm ۶/۷	$p = ۰/۲۹^*$
متغیرهای زمینه‌ای	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
سطح تحصیلات	بی سواد و ابتدایی راهنمایی و متوسطه دیپلم و پیش‌دانشگاهی دانشگاهی	۲ (۲) ۱۰ (۱۰) ۳۷ (۳۷) ۵۱ (۵۱)	$p = ۰/۳۷^{**}$ ۴ (۴) ۱۷ (۱۷) ۳۱ (۳۱) ۴۸ (۴۸)
وضعیت اشتغال	خانه‌دار شاغل شاغل در خانه	۶۷ (۶۷) ۲۹ (۲۹) ۴ (۴)	$p = ۰/۱۱^{**}$ ۷۰ (۷۰) ۲۰ (۲۰) ۱۰ (۱۰)
میزان درآمد ماهانه	کمتر از پانصد هزار تومان پانصد هزار تا یک میلیون تومان یک تا یک و نیم میلیون تومان بیش از یک و نیم میلیون تومان	۳۳ (۳۳) ۴۲ (۴۲) ۸ (۸) ۱۷ (۱۷)	$p = ۰/۰۰۱^{**}$ ۱۷ (۱۷) ۳۶ (۳۶) ۲۷ (۲۷) ۲۰ (۲۰)
مسکن	شخصی اجاره‌ای اقوام	۳۰ (۳۰) ۵۰ (۵۰) ۲۰ (۲۰)	$p = ۰/۷۷^{**}$ ۳۳ (۳۳) ۴۵ (۴۵) ۲۲ (۲۲)
بیماری زمینه‌ای	دارد ندارد	۹ (۹) ۹۱ (۹۱)	$p = ۰/۳۶^{**}$ ۱۳ (۱۳) ۸۷ (۸۷)
اختلافات خانوادگی	همیشه تا حدودی هرگز	۱۵ (۱۵) ۸۰ (۸۰) ۵ (۵)	$p = ۰/۸۱^{**}$ ۱۸ (۱۸) ۷۸ (۷۸) ۴ (۴)

* آزمون آماری تی مستقل

** آزمون آماری کای دو

نتایج آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین امتیاز عزت نفس در سطوح مختلف تحصیلی و میزان درآمد زنان بارور و نابارور متفاوت بوده است. نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد امتیاز عزت نفس در زنان هر دو گروه که تحصیلات بالاتر و درآمد بیشتری داشتند، بالاتر بوده است (جدول شماره ۲)

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین عزت نفس در گروه زنان بارور و نابارور بر اساس مشخصات دموگرافیک

عزت نفس (میانگین \pm انحراف معیار)	زنان بارور	سطح معنی داری	زنان نابارور	سطح معنی داری
سطح تحصیلات	بی سواد و ابتدایی راهنمایی و متوسطه دیپلم و پیش‌دانشگاهی دانشگاهی	$P = ۰/۰۰۱^*$ ۳۸ \pm ۰۰ ۵۷/۷ \pm ۲۵ ۷۸/۸۳ \pm ۲۳ ۸۹ \pm ۲۱	$P = ۰/۰۰۱^*$ ۴۱/۷ \pm ۶۰ ۴۲ \pm ۵۱ ۷۰/۶۱ \pm ۱۴ ۸۱/۵۲ \pm ۱۷	$P = ۰/۰۰۱^*$ ۴۱/۷ \pm ۶۰ ۴۲ \pm ۵۱ ۷۰/۶۱ \pm ۱۴ ۸۱/۵۲ \pm ۱۷
وضعیت اشتغال	خانه دار شاغل	$P = ۰/۴۱^*$ ۸۰/۰۱ \pm ۲۴/۵ ۸۱/۳۷ \pm ۲۵/۹	$P = ۰/۶^*$ ۶۹/۰۱ \pm ۲۱/۵ ۷۳/۶ \pm ۱۹/۷۲	$P = ۰/۶^*$ ۶۹/۰۱ \pm ۲۱/۵ ۷۳/۶ \pm ۱۹/۷۲

شاغل در خانه		میزان درآمد	
۹۷ ± ۱۳/۸۲	۶۸ ± ۲۱/۸۱	کمتر از پانصد هزار تومان	۶۵/۳ ± ۲۱
۸۲/۶ ± ۲۰	۵۳ ± ۱۸	پانصد هزار تا یک میلیون تومان	۸۲/۶ ± ۲۰
۱۰۴/۱۲ ± ۱۹	۶۹/۳ ± ۱۹	یک تا یک و نیم میلیون تومان	۱۰۴/۱۲ ± ۱۹
۹۶/۹ ± ۲۴	۷۳/۷ ± ۱۹	بیشتر از یک و نیم میلیون تومان	۹۶/۹ ± ۲۴
وضعیت مسکن		وضعیت مسکن	
۸۱/۶۶ ± ۲۵	۶۲/۷ ± ۱۹	شخصی	۸۱/۶۶ ± ۲۵
۸۱/۱ ± ۲۲	۷۷/۵ ± ۲۰	اجاره‌ای	۸۱/۱ ± ۲۲
۸۰/۲ ± ۳۰	۶۴/۵ ± ۲۱	اقوام	۸۰/۲ ± ۳۰
بیماری زمینه‌ای		بیماری زمینه‌ای	
۸۴/۵ ± ۲۷	۶۹/۳ ± ۲۵	دارد	۸۴/۵ ± ۲۷
۸۰/۷ ± ۲۴	۶۹/۹ ± ۲۰	ندارد	۸۰/۷ ± ۲۴
اختلافات خانوادگی		اختلافات خانوادگی	
۸۰/۶ ± ۲۷	۶۵/۳۳ ± ۲۴	همیشه	۸۰/۶ ± ۲۷
۷۹/۹ ± ۲۳	۷۰/۶ ± ۲۰	تا حدودی	۷۹/۹ ± ۲۳
۱۰۱ ± ۲۸	۷۳/۵ ± ۲۳	هرگز	۱۰۱ ± ۲۸
# آزمون آماری تی مستقل		* آنالیز واریانس یکطرفه	

بحث و نتیجه گیری

هدف مطالعه حاضر مقایسه عزت نفس در دو گروه زنان بارور و نابارور بود. نتایج آزمون‌های آماری نشان داد که میانگین امتیاز عزت نفس در زنان نابارور بطور معنی‌داری پایین‌تر از گروه بارور بود. نتایج مطالعه بهجتی اردکانی و همکاران نشان داد که یکی از پیامدهای اصلی ناباروری تأثیرات روانی و اجتماعی آن است. زوج‌های نابارور دچار کاهش عزت نفس و پیامدهای آن از قبیل اضطراب و افسردگی می‌شوند^(۲۱). علیزاده و همکاران نیز در مطالعه خود بین عزت نفس و تمامی مؤلفه‌های استرس ناباروری رابطه معکوس و معنی‌داری به دست آوردند^(۲۲). نتایج برخی مطالعات انجام شده نشان می‌دهد اختلالات روحی و روانی از قبیل افسردگی، اضطراب، خشم، غمگینی، سرزنش خود، خصومت، عقاید خودکشی واسترس در زنان نابارور بالاتر است^(۲۳، ۲۴). به نظر می‌رسد از آنجا که ناباروری، شکست در انجام یکی از وظائف مهم زنان است، بنابراین سبب کاهش اطمینان به خود و در نتیجه کاهش عزت نفس زنان نابارور شود. علاوه بر این تجربه انواعی از هیجانات منفی در زنان باعث بروز احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی در آنها شده و این احساس ناامنی و تصویر ذهنی منفی، موجب کاهش

عزت نفس در آنها می‌گردد^(۲۲). ناباروری در واقع ضربه سنگینی به عزت نفس فرد وارد کرده و احساس درماندگی و آسیب پذیر بودن نسبت به سایر اختلالات روانی را برای فرد به همراه دارد^(۲۵).

در پژوهش حاضر بین سن زنان و طول مدت ناباروری با عزت نفس رابطه معکوس و معنی‌داری وجود داشت. نتایج مطالعه صولتی و همکاران نیز نشان داد بین عزت نفس و سن زنان نابارور همبستگی منفی معنی‌دار وجود دارد اما بین عزت نفس با طول مدت نازایی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد^(۲۶). نیل‌فروشان و همکاران نیز بین سن و نگرش منفی نسبت به ناباروری رابطه معکوس و معنی‌داری یافتند^(۲۷). فرد نابارور با گذشت زمان و طول کشیدن مدت نازایی به دلیل حل نشدن مشکلات خود و تحمل درمان‌های طولانی مدت، خسته کننده و پرهزینه دچار مشکلات عاطفی و روانی می‌شود. با وجود نتایج متناقض در مطالعات گوناگون، بررسی‌های بیشتر در این زمینه کمک کننده خواهند بود.

از دیگر نتایج مطالعه حاضر وجود رابطه آماری معنی‌دار بین سطح تحصیلات و عزت نفس بود. نتایج مطالعه نیل‌فروشان و همکاران نشان داد بین میزان تحصیلات و نگرش نسبت به ناباروری رابطه معنی‌داری وجود

و روان فرد می‌گذارد. نتایج این مطالعه نشان داد که ناباروری می‌تواند تأثیرات منفی روحی و روانی از جمله کاهش عزت نفس را در پی داشته باشد. بنابراین ضروری است که در مراکز درمان ناباروری به جز اثرات جسمی به جنبه های روحی و روانی ناباروری نیز توجه شود. در این مراکز بایستی تسهیلات لازم برای حمایت های روانی این گروه فراهم گردد. وجود روانشناس و روانپزشک مستقر در تیم درمان ناباروری جهت ارزیابی تخصصی بیشتر زنان نابارور، مشاوره های شناختی بینش گرا، روان درمانی حمایتی و نیز دارو درمانی در صورت نیاز می‌تواند در دستیابی به این مهم کمک کننده باشد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل طرح مصوب به شماره ۱۲۳۶ مورخ ۱۳۹۱/۱۰/۰۶ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. نویسندگان مقاله مراتب قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که هزینه‌های اجرای این طرح را تأمین نمودند و همچنین مراجعه کنندگان و پرسنل مرکز تحقیقات باروری و ناباروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی اعلام می‌دارند.

ندارد^(۲۷). این در حالیست که بر اساس نتایج برخی از مطالعات، عزت نفس با پیشرفت تحصیلی و علمی ارتباط مستقیمی دارد^(۲۸). سطح تحصیلات نقش مهمی در نگرش افراد نسبت به پدیده ناباروری دارد؛ بطوریکه رفتارهای بعدی زوجین را در واکنش به ناباروری تحت تأثیر قرار می‌دهد. به نظر می‌رسد افرادی که تحصیلات بیشتری دارند با کسب دانش نگرش مثبت‌تری نسبت به خود، بیماری و درمان‌های ناباروری پیدا می‌کنند و بسیاری از ترس‌ها، نگرانی‌ها و آسیب‌های وارده بر ابعاد مختلف سلامت از جمله عزت نفس با کسب دانش مرتفع می‌گردند.

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر عدم بررسی همزمان همسران زنان نابارور بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود در مطالعات تکمیلی به بررسی همزمان زوجین از نظر عزت نفس و سایر اختلالات روانی پرداخته شود. از آنجا که عزت نفس ممکن است متأثر از سایر فاکتورهای روانشناختی مانند افسردگی، تیپ شخصیتی و خودپنداره باشد پیشنهاد می‌شود طی انجام مطالعاتی به بررسی تأثیر این موارد بر عزت نفس زوجین نابارور پرداخته شود. هر چند ناباروری ابتدا به صورت یک وضعیت بالینی در نظر گرفته می‌شود اما تشخیص آن تأثیرات زیادی بر روح

فهرست منابع

1. Sudha G, Reddy K, Reddy K, Reddy B. Emotional distress in infertile couples: a cross-cultural study. *Asia Pacific Journal of Social Sciences*. 2011;3(1):90-101.
2. Novak E, Berek JS. Berek & Novak's gynecology: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
3. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS medicine*. 2012;9(12):e1001356.
4. Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. [Prevalence of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-2005]. *Asia Pac J Public Health*. 2009;21(3):287-93. Persian
5. Abbey A, Halman LJ. The role of perceived control, attributions, and meaning in members of infertile couples' well-being. *J Soc Clin Psychol*. 1995;14(3):271-96.
6. Bahrami N, Sattarzadeh N, Ghofazadeh M, Soleymani M, Kazemi H, Sadeghi T. [Relation between infertility and sexual satisfaction in couples]. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences (JQUMS)*. 2010;14(2):5-11. Persian
7. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007;21(2):293-308.
8. Yektatalab S, Parsa Nm, Jahanmiri S. Paper: [The Effect of Group Psychotherapy on Anxious and Depressed in Fertile Women]. *Scientific Medical Journal*. 2003;38(43):49. Persian

9. Bahrami N, Sattarzadeh N, Ranjbar Koochaksariie F, Ghojazadeh M. [Comparing depression and sexual satisfaction in fertile and infertile couples]. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2007;52-9. Persian
10. Lee T-Y, Sun G-H, Chao S-C. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*. 2001;16(8):1762-7.
11. Cox SJ, Glazebrook C, Sheard C, Ndukwe G, Oates M. Maternal self-esteem after successful treatment for infertility. *Fertility and sterility*. 2006;85(1):84-9.
12. Cast AD, Burke PJ. A theory of self-esteem. *Social forces*. 2002;80(3):1041-68.
13. Abrams D, Hogg MA. Comments on the motivational status of self-esteem in social identity and intergroup discrimination. *Eur J Soc Psychol*. 1988;18(4):317-34.
14. Wischmann T, Korge K, Scherg H, Strowitzki T, Verres R. A 10-year follow-up study of psychosocial factors affecting couples after infertility treatment. *Human Reproduction*. 2012;27(11):3226-32.
15. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*. 2010;32(1):140-62.
16. Berger R, Paul MS, Henshaw LA. Women's experience of infertility: a multi-systemic perspective. *J Int Women's Stud*. 2013;14(1):54-68.
17. Munro BH. Statistical methods for health care research: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
18. Coopersmith S. Self-esteem inventory. Counseling Psychologists, Palo Alto, CA. 1981.
19. Mirzaei SH. Relationship between Self-esteem and Social Skills in High School Boy Students. *Indian Journal of Education and Information Management*. 2012;1(11):527-30.
20. Ahmady M. [The Impact of Religion _Based Communication Skills on the Improvement of Self-Esteem and Mental Health among Students]. *ZUMS Journal*. 2014;22(90):13-22. Persian
21. Behjati Ardekani Z, Akhondi M, Kamali K, Fazli Khalaf Z, Eskandari Sh GB. [Mental health status of patients attending avicenna infertility clinic]. *J Reprod Infertil*. 2010;11(4):319-24. Persian
22. Alizadeh T, Farahani MN, Shahraray M, Alizadegan S. [The relationship between self esteem and locus of control with infertility related stress of no related infertile men and women]. *J Reprod Infertil*. 2005:194-204. Persian
23. Noorbala AA, Ramezanzadeh F, Abedinia N, Naghizadeh MM. [Psychiatric disorders among infertile and fertile women]. *Social Psychiatry and Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(7):587-91. Persian
24. Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S-i, Suzuki T, Kondo A, Makino T. Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. *General Hospital Psychiatry*. 2004;26(5):398-404.
25. Kumar L, Kumar A, Mittal S, Sumuna G, Bahadur A, Maiti L. Psychological Distress Measurement among Infertile Indian Women undergoing In-vitro Fertilization. *Indian Journal of Public Health Research & Development*. 2013;4(3):164-9.
26. Solati s, Danesh a, Ganji f, Abedi a. [Comparison of self-esteem and coping responses in infertile and fertile couples from Shahrekord, during 2003-2004]. *Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences*. 2006;7(4):16-22. Persian
27. Nilforooshan P, Ahmadi SA, Abedi MR, Ahmadi SM. [Attitude towards infertility and its relation to depression and anxiety in infertile couples]. *J Reprod Infertil*. 2006:546-52. Persian
28. Sahebolzamani M, Shakuri A, Aliloo L, Rashidi A. [The Efficacy of Self-Care Education on Knowledge and Performance of Epileptic Patients Who Referred to Selected Educational Hospitals of Tehran University of Medical Sciences in 2008]. *Urmia Medical Journal*. 2010;20(4):284-9. Persian

Comparison of Self-esteem in Fertile and Infertile Women

¹Zare E., PhD. Cond

²Bahrami N., PhD. Cond

³*Soleimani MA., PhD.

Abstract

Background & Aim: Childbearing is one of the purposes of marriage and having no child could have a negative impact on various aspects of women's lives. The aim of this study was to compare the self-esteem of fertile and infertile women.

Material & Methods: It was a descriptive cross-sectional study that was carried out among 200 fertile and infertile women (100 fertile and 100 infertile) referred to the Research Centre for Reproductive and gynecological clinic of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2013. Sampling in the fertile and infertile women was done by purposive and cluster random method respectively. Self-esteem was assessed by Cooper Semite's inventory. Data analysis was performed by descriptive and inferential statistics (Independent t - test, Chi-square, ANOVA and Pearson correlation test) using SPSS-PC (v/21).

Results: Mean score of self-esteem in fertile and infertile group was $81/09 \pm 24/6$ and $69/83 \pm 21$ respectively ($p = 0/001$). There was a significant relationship between self-esteem and age, duration of infertility, education, income, and housing in infertile group ($p=0/001$).

Conclusion: The findings revealed that infertile women had lower self-esteem than fertile women. It seems that healthcare providers, in addition to handling the physical dimensions of health, should pay attention to the psychological aspects of this group of women.

Key words: Self-esteem, Fertility, Infertility

Received: 1 Jul 2014

Accepted: 4 Oct 2014

¹ PhD Student of Reproductive Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

² PhD Student of Reproductive Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran; (*Corresponding author) Tel: +982833237267, Email: soleimany.msn@gmail.com.